



TITLE:

臨床診断ト手術所見

AUTHOR(S):

---

CITATION:

臨床診断ト手術所見. 日本外科宝函 1934, 11(3): 745-751

ISSUE DATE:

1934-05-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/203459>

RIGHT:

## 臨床診断ト手術所見

### 限局性漿液囊腫性脊髓膜炎ノ1例

龜 山 致

患者 40歳 男 (昭和9年1月15日入院)

主訴 兩下肢及ビ兩手ノ「シビレ」感。

遺傳歴及ビ既往症 特記スベキモノナシ。特ニ花柳病ハ否定ス。

現病歴 何等誘因ト思ハレルモノナクシテ約1ヶ年前ヨリ右Ⅱ—Ⅴ指先ニ「シビレ」感ヲ來タシ、約4ヶ月前ヨリ兩下肢ニモ同様ナ「シビレ」感ヲ來タシテ某醫ノ治療ヲ受ケテキタガ、2ヶ月前カラハ臍高以下足趾ニ至ルマデ、及ビ、兩手殊ニ尺骨側ニ及ンデ、約半ヶ月前カラハ歩行困難ヲ伴ヒ、下駄ヲハクコトガ困難ニナリ、且ツ脱ゲ易クナツタ。便秘3日ニ1回、排尿障碍ハ訴ヘズ。

現症 體格中等、營養佳良、脊椎ハ外部ヨリ異常ヲ認メズ。兩手ニハ知覺鈍麻アリ、特ニ尺骨側ニ知覺脫失アリ、臍高以下ニ知覺鈍麻アリ、下肢ノ運動ニハ異常ナク、脱力感アリ。膝蓋腱反射、「アヒレス」腱反射ハ共ニ著明ニ亢進シ、足搖擲、膝蓋搖擲ハ強陽性、Babinski 氏足現象モ陽性、直腸膀胱障碍ナシ。W氏反應陰性。

以上ノ所見ヨリ脊髓ニ何カ疾患ガ存スルト考ヘラル。先ヅ横徑性脊髓炎ガ考ヘラレルガ、知覺障碍ニ比シテ運動障碍ガ少ク、手ニモ知覺鈍麻アリ。之ハ脊髓炎ニハ合ハヌ。次ニ脊椎ニ何カ變化ガアツテ處々デ壓迫サレテキルノデハナイカ。X線検査デXI胸椎ハ明カニ變化シテ其形ハ椎體ノ高サヲ減ジテ、其ノ下緣ヨリ嘴狀ニ骨突起ガ出來テ居ル。椎間帶モ亦狭クナツテ居ル。V頸椎ノ椎體ノ變形ハ不明。依ツテ畸形脊椎炎ノ存スルコトハ明カナリ。然ルニ此患者ノ如ク臍高以下ニ明カニ知覺障碍ヲ示シタリ、異常反射ノ現ハレテ來ル様ナコトハ先ヅナイ。

其處デ蜘蛛膜下腔ノ狀態ヲ檢スル爲ニ「ミエログラフイー」ヲ行ツタ。其結果V頸椎及ビXI胸椎附近ノ蜘蛛膜下腔ニ部分的ニ閉塞アリ。其閉塞ハ沃度油ガ非常ニマバラナツテ散在セル所カラシテ腫瘍デナク、處々ニ纖維素性ニ癒着セル如ク思ハレ限局性漿液纖維素性脊髓膜炎ト診斷セリ。

此患者ハ入院以來「ギブス」床、驅蠱療法ヲ行ツテ其症狀ハ幾分輕快シタ様ニモ思ハレタガ日々其症狀ニ消長アリ。

其處デ3月7日胸椎ノ椎弓截除術ヲ行ヘリ。全身麻醉ノ下ニ、XI胸椎ヲ中心ニ上下ニ15浬正中皮膚切開、X—XII胸椎ノ椎弓、其上下ノ椎間部切除。XI胸椎ニ相當セル硬膜外組織中ニ小指頭大扁平ノ癆痕組織ガアツタガ硬膜カラ易ク剝離スルコトヲ得タ。硬膜、蜘蛛膜ハXI胸椎ニ相當セル部分ガ幾分肥厚セルカト思ハセル位デ差シタル肥厚ハ認メズ。消息子ヲ以テ蜘蛛膜下腔ヲ檢スルニ癒着ヲ認メズ。蜘蛛膜下腔XI胸椎ニ相當セル部分ニ囊腫アリ。約2浬位脊髓ヲ蔽フテ幾分乳白色ニ濁濁ス。コノ囊腫ヨリ漿液ヲ漏ス。此囊腫ヲ除去シ、脊髓ニモ異常ヲ認メヌノデ連續縫合ヲ以テ密ニ脊髓膜ヲ閉ジ、筋肉、筋膜、皮膚ノ三層ニ軟部組織ヲ閉ジ皮膚縫合ニ

ハ腸線ヲ用ヒテ直チニ $\perp$ ギプス $\perp$ 固定ヲ爲シテ手術ヲ終ツタ。

術後患者ハ仰臥ヲトラス。術後左大腿前面ニ壓痛ヲ訴ヘ、術後第2日目ニ左下腹部カラ左大腿前面ニ知覺過敏ヲ來シ、毛筆デ一寸觸レタ位デモ非常ナ疼痛ヲ訴ヘタガ自然排尿ハアツタ。膝蓋腱反射、 $\perp$ アヒレス $\perp$ 腱反射ハ術前ヨリ以上ニ亢進シ、膝蓋搐搦、足搐搦モヨリ以上ニ強陽性ヲ示シタ。第3日目ハ知覺過敏ハ右下腹部ニモ來タシタガ第4日目ヨリ段々其範圍ヲ減ジテ術後8日目ハ知覺過敏ハ去リ、7日目カラ知覺鈍麻ハ非常ニ輕快シテ膝蓋腱反射、 $\perp$ アヒレス $\perp$ 腱反射モ僅カニ亢進シテキル位デ足搐搦、膝蓋搐搦モ輕度ニ陽性ヲ示シ、自然排便アリ。然シ $\perp$ シビレ $\perp$ 感ハ未ダソレ程輕快セズ。10日目ハ右膝蓋腱反射、 $\perp$ アヒレス $\perp$ 腱反射ハ殆ド尋常ニナツテ來タ。

本例ハ $\perp$ ミエログラフイー $\perp$ カラシテ限局性漿液纖維素性脊髓膜炎ヲ思ハセタガ、手術所見カラシテ限局性漿液囊腫性脊髓膜炎ト曰フベキダト思フ。

### 乳兒ニ於ル急性脾臓炎ノ1例

青 木 弘

急性脾臓炎ハ一般ニ20歳乃至40歳ノ青壯年ニ多シト言ハル。我等ハ最近生後4ヶ月ノ乳兒ニ現ハレタル本疾患ニ遭遇セリ。

患者 4ヶ月 男 (1月24日入院)

現病歴 約10日前ヨリ嘔吐ヲ來シ時々 $\perp$ コーヒー $\perp$ 残渣様ノモノヲ吐ク様ニナリ、元氣ナク、食思ナク、睡眠不安トナツテ來タ。1昨日カラ腹部ガ稍々膨滿シテ來、本日皮膚ノ黃色ナルヲ氣付ク。

現症 脈搏整調ナルモ稍々弱小、眼球結膜黃色著明。腹部、特ニ心窩部ニ於テ膨隆ス。蠕動不穩、靜脈怒ヲ認メズ。觸診上腹壁緊張ヲ認メザルモ、心窩部ハ一體ニ抵抗感アリ、注意シテ深部觸診ヲナスニ臍上2横指、正中線右ニ1ツノ腫瘤アリ、拇指頭大、境界不鮮明、表面平滑、彈力性硬、壓痛アルモノ、如シ。打診上鼓音ヲ呈シ、聽診上腸雜音著明、腹水ヲ證明セズ。直腸壺腹部ハ中等度擴大スルモ Douglas 氏腔異常ナシ。

診斷 確實ナル診斷ニ到達セザリシモ上腹部ノ急性疾患ヲ考ヘ開腹ニヨリ善處セント試ミタリ。

手術所見 正中線切開。腹腔ヨリ多量ノ血性漿液性ノ腹水ヲ出ス。大網膜ハ稍萎縮シ血管怒張シ、溢血ヲ認ム。幽門部、十二指腸部、上行結腸、橫行結腸ノ漿膜面ハ暗赤色、鮮紅色ヲ呈シ多量ノ溢血アリ。橫行結腸間膜面、腸間膜面ハ特ニソノ根部ニ於テ血管ノ怒張擴張アリ、血管ニ沿フ強キ溢血アリ。膽嚢ハ強度ニ腫大シ暗赤黑色ヲ帶ビ。最後ニ大網膜嚢ヲ開クニ血液様ノ腹水アリ、脾臓ハ固ク硬結様ニ腫張シ暗赤色ヲ帶ビ、頭部、體部ニ著シ。以上ノ諸臓器ニ於テ灰白色ノ斑點、即チ脂肪壞死ノ徵候ヲ認メズ。サレド脾臓ヲ中心トシ出血ヲ主トセル變化ニヨリ急性脾臓炎タルコトヲ確認シ所定通り大網膜嚢ヲ腹膜外トシ $\perp$ ゴム $\perp$ 排膿管ヲ挿入シテ手術ヲ終ル、術後6時間ニテ死亡ス。

本患者ノ場合、出血ヲ主トセル即チ所謂 Pancreasapoplexie ニシテ脂肪壞死ヲ認メザルモノニシテ變化ノ主ニ後腹膜ニ在ル點ヨリソノ末期ノモノト思ハル。

術前採取セル尿中ノ $\perp$ ヂアスターゼ $\perp$ 酵素  $D_{24}^{88}=320$ 。

## 舌下性皮膚様嚢腫ノ1例

大阪女子醫専(青柳教授) 野 平 藤 雄

患者 近藤某 28歳 8 大工 (昭和8年12月15日入院)

主訴 前頭上部ノ無痛性膨隆ト發音嚥下及ビ呼吸障礙。

遺傳歴 特記スベキモノナシ。

既往症 著患ヲ知ラズ。花柳病ヲ否定ス。

現在訴 10歳ノ時身體検査ヲ受ケテ醫師ニヨリ舌下ニ舌トハ分離シタ小腫瘤ノアルコトヲ注意セラレタガ、舌ノ運動、呼吸及ビ嚥下障礙等ノ自覺症狀ヲ來サヌノデ放置シテオイト。本年1月頃腫瘤ハ其ノ右半ガ先ヅ増大シ來リ、舌ノ伸出運動ニ障礙ヲ生ジ、言語ハ無器用且ツ明瞭ヲ缺クニ至リ嚥下困難ヲ來スニ至ツタ。次イデ左半モ同様ニ増大シ球狀ノ腫瘤ハ口腔ノ大部分ヲ占メ、タメニ舌ハ口蓋ニ押シ上ゲラル、ニ至ツタ。自發痛ハナイガ固形食攝取ニ際シテ少シク壓痛ガアルト言フ。約1週間以前カラ下顎部ヨリ前頭部ニ亘ツテ無痛性ノ膨隆ヲ示シテ上記ノ自覺症狀ハ増シテ來タ。發病以來發熱ヲ來シタコトハナイ。食思ハ尋常デアルガ10日前カラ流動食ヲ攝取ス。睡眠不良ニシテ便通1日1行。

現症 一般所見 體格中等、骨格並ビニ榮養共ニ可良ニシテ、脈搏整、緊張良、1分間80。呼吸ハ正常ナルモ鼻呼吸ヲ禁ズル時ハ苦惱性トナル。胸腹部臓器ニ異常ナク腱反射尋常。尿ニ異常所見ナク體溫 37°C。

局所々見 顔面ノ頤部ヨリ前頭上部ニカケテ約鰐卵大ニ瀰漫性ニ腫脹シ、上部ハ兩側鼻翼部ヨリ側方ハ兩側下顎角ニ及ビ下方ハ甲状軟骨ニ達ス。鼻唇溝ハ兩側共ニ少シク不鮮明トナリ、下顎角部ニ於テハ可成明瞭ナル限界ヲ示ス。下方甲状軟骨部及ビ側頸部モ割ニ限界明瞭デアル。皮膚ニハ異常着色、靜脈怒張及ビ搏動性運動等ヲ證明セズ。腫瘤ノ表面ハ平滑ニシテ何等凹凸ナク嚥下作用ヲ命ズレバ腫瘤ハ甲状軟骨ト共ニ動クコトナシ。觸診スルニ局所ニ溫度上昇ナク腫瘤ノ限界ハ視診ト同様大體ニ於テ限界明瞭デアル。皮膚ハ腫瘤トハ可動性ニシテ表面ハ平滑、硬度ハ一般ニ彈力性軟ニシテ中央部ニ懸垂狀ヲナセル部分ニハ波動ヲ證明ス。輕度ノ壓痛アリ、下顎骨ノ輪廓ハ容易ニ觸レルコトガ出來ル。腫瘤ハ内部ニ對シテ少シク可動性デアルガ強壓ヲ加フルモアマリ縮小ヲ示サズ。徹照診斷法ハ陰性。口唇ニハ貧血ナク口臭ハ不快。口ハ僅カニ開クガ強イテ開カシメテ診ルト、口腔ハ粘膜ニ蔽ハレタル囊狀ノ腫瘤ヲ以テ充滿セラレ、舌ハ口蓋部ニ向ツテ壓迫セラレ僅カニ舌尖ヲ見得ルノミ、伸出セシムルモ約3糎程見ユルノミ。ソノ幅及ビ厚サ共ニ萎縮セルガ如クデアル。輕度ノ舌苔ハアルガ出血又ハ潰瘍ヲ認メズ。舌ノ運動ハ前後、側方共ニ甚ダ制限セララル。舌ノ後面ト囊狀腫瘤トハ舌尖ヨリ2.5糎ノ内部ニテ癒着ス、腫瘤ハ口腔粘膜ニテ蔽ハレ緊張シ側方及ビ前方ハ齒齦ニ密着シテオリ、正中線ニテ略々左右ノ兩半ニ分ル。粘膜ハ腫瘤ニ對シテ少シク可動性ヲ示シ、硬度ハ此處ニ於テハ彈力性硬。波動ハ各方向ニ證明サレルガ特ニ右半分ニ著明。腫瘤ニ向ツテ壓迫ヲ加ヘルト内容ハ底部ニ向ツテ中等度ニ消失シテ即チ前述ノ腫脹ト連絡ヲ持ツテキルガ粘土ヲ捏ネル如キ感ジハナイ。口側ニテノ徹照診斷法ハ陽性。(試験的穿刺ハ故意ニ行ハナカツタ。穿刺孔ヨリ周圍ニ内容ノ漏出スルヲ恐レタカラデアル。)

診斷 蝦蟇腫。

手術 仰臥位ニテ肩下ニ枕ヲ挿入シテ可及的頭部ヲ低位トシ舌尖ニカケタル絲ニヨリ舌ヲ牽キ出ス、局所麻醉ノ下ニ1側ノ下顎角下ヨリオコリ下顎骨緣ニ沿フテ正中線ニテ舌骨ニ一致シ他側ノ下顎角下ニ終ル約15糎ノ皮膚切開、潤頸筋ニ頭頸筋前腹ヲ切斷シ外頸動脈ヲ避ケツ、鈍性ニ顎舌骨筋ヲ開イテ腫瘤ノ表面ニ達シ内容一部ノ穿刺ヲ行フ。帶黃灰白色ニシテ潤濁シ粟粒大ノ顆粒ヲ混ニセル液約40坵ヲ得。茲ニ於テ囊壁ニカケタル絲ヲ前下方ニ牽引シテ口腔ヲ診ルニ右側第1白齒ハカリエストナリ之ニ觸ル、舌右緣ハ潰瘍トナリテ少許ノ膿ヲ分泌ス。次イデ囊壁ヲ口腔底粘膜ヨリ剝離ス。舌骨及ビ下顎骨トハ何等癒着ヲ見ズ、囊腫ノ先端ハ頤舌骨筋、頤舌筋ノ間ニ入ル。此等ノ筋及ビ口腔底粘膜ト癒着ハ全部銳性ニ剝離シ全ク口腔粘膜ヲ損傷スルコトナク囊腫ヲ摘出シ得タ。創腔ハリパノール液ニテ洗滌シ連荷混合コクテゲ

ン<sup>16</sup>蛇ヲ注入シ左右對稱性ニ<sup>1</sup>ガーゼタンポン<sup>1</sup>ヲナシ2層ニ縫合シテ手術ヲ終ル。

摘出標本 囊壁内面ニハ肉眼的ニ齒牙、爪、骨等ノ發生ヲ見ザルモ數本ノ長サ3—4廻ノ毛髮ヲ認ム。囊壁1部ノ切片ヲ取リテ檢鏡スルニ皮膚各層ノ造構ヲ明カニ認ム。

口底ニ發生スル皮膚様囊腫ハ可成り稀有ニ屬スル疾患トサレテキル。Debonuelle 氏ハ1908年ニ文献ヲ涉獵シテ77例ヲ蒐メテキルガ近年ニ至ツテハ可成多數ノ例ガ觀察セラレテ居ル様デアル。本邦ニ於テハ耳鼻科ノ領域ニ於テ時ニ報告例ヲ散見スルガ如クデアル。本腫瘍ハ先天性ノモノデ胎生期ニ於ケル外胚葉ノ異常迷入ニヨツテ發生スルトサレテキル。Rolland 氏ハ50例ニ就テ表示シテキルガ夫ニヨルト、幼兒ハ5例、15歳以下ハ4例、15歳ヨリ25歳迄ハ27例、50歳以下ハ2例デアル。腫瘍ノ成長ハ徐々デアルタメ受乳期ニ於テ發見サレルコトハ稀デアルガ、腫瘍ハ思春期ニ於テ著大トナリ種々ノ障碍ヲ起シテクル。タメニコノ期ノ率モ多クナルノデアル。本例ニ於テモ10歳ノ時醫師ノ身體檢査ニヨリテ發見セラレタノデアルガ何等苦痛ヲ伴ハヌタメ放置シテオキ近時ニ至ツテ急ニ増大シタノデアル。

本例ハ初診ニ當ツテ蝦蟇腫ト診斷シタノデアルガ手術ノ結果ハ皮膚様囊腫デアツタ。蝦蟇腫ト舌下性皮膚様囊腫トハ其ノ臨床的所見ガ殆ンド同様ノ時ガアルト謂ハレテキル。一般的ニハ皮膚様囊腫ハ蝦蟇腫ノ如ク特有ナ藍色ヲ帶ビズ、又著明ニ見ユル血管ヲ有スル粘膜ヲ透シテ流動性内容ガ見ユル如キコトハナイ。壁ハ硬デ内容ハ指壓ニ對シテ堪エ得ルト謂ハレテキル。時ニ捏粉様感ヲ示スモノデアル。又正中線ヨリ増大シテ行クノ普通トス。而シ本例ニ於テハ壁ハサシテ硬クモナク又捏粉様感ヲ示サナカツタ點、更ニ右半部ニ於テ著シク膨隆シ居ル點、内容ガ口底ニ向ツテ可成り消失シタ點、口腔側ニ於テ透光性ガアツタ點ナドカラ蝦蟇腫ノ診斷ヲ下シタノデアツタ。併シ乍ラ透光性ハ液内容ガ濃厚デナク、又壁ガ餘リ厚クナイ皮膚様囊腫ニ於テハ證明サレテヨイワケデアル。色調ニ藍色ヲ帶ビザル點、粘膜ノ血管ガ全ク見エナカツタ點ナドカラ見レバ寧ロ皮膚様囊腫ト診斷スベキデアツタカモ知レナイ。更ニ試験的穿刺ヲ行ヘバ診斷ハハツキリシタ譯デアル。ガ蝦蟇腫ニセヨ皮膚様囊腫ニセヨ、何レニシテモ苦痛ノ點カラ手術ヲ行フコトハ同然デアリ、而モ手術ニヨレバ診斷ハ確定スルノデアルカラ、兩者間ニ於ケル誤診ハ單ニ治療ノ上カラ觀レバサシテ重大ナル意義ヲ有セナイモノト思ハレル。

### 急性胃擴張ヲ主徴トセル虫様突起炎ノ1例

藤 原 紫 郎

患者 24歳 男子 會社員（昭和9年2月13日入院）

主訴 頻々タル嘔吐及ビ吃逆。

現病歴 2月6日夕食後突然ニ下腹部ニ穿通様疼痛ヲ來シ、且ツ惡心嘔吐ヲ伴ツタ。2月8日ニ至ツテ、疼痛ハ右下腹部ニ限局シタ。當日始メテ檢溫シタ所40°Cデアツタ。猶嘔吐ハ發病日ニ1、2回アツタノミデ、其後5日間ハ無カツタガ、2月11日ニ至リ2回膽汁様着色食餌殘渣物ヲ嘔吐シ、更ニ12日夜9時頃カラハ持續的ニ頻々ト吃逆及ビ嘔吐ヲ來シ、睡眠モ出來ズ、又食物モ全然攝レヌヤウニナツタ。腹痛ハソレト前後シテ全ク消失シタ。

既往歴 生來虛弱ナルモ18歳ノ時ノ濕性肋膜炎以外ニ認ムベキモノナシ。

現症 體格中等、營養不良、皮膚蒼白、脈搏120弱小ニシテ時々歇滯ス。尿 蛋白陰性、細胞性沈着ヲ認メズ、大腸菌ヲ證明ス。血液 白血球數 11700。

局所々見 心窩部ヨリ臍ノ左方ニカケテ全般的ニ膨滿シテ居ルガ蠕動不安ハナイ。腹壁ニハ強直、發赤、靜脈怒張、異常着色ヲ認メズ。Blumberg 氏症候、Rosenstein 氏症候何レモ證明サレヌ。Mc. Burney 氏點壓ニ痛ハナイガ、右側腹部ヨリソノ後方ニカケテ壓痛ガアツタ。上腹部ヨリ臍ノ左方ニ至ル部ハ高鼓音、ソノ他ハ鼓濁音デ腸雜音ハ下腹部デ微弱ナガラ聞キ得。直腸壺腹部ハ輕度ニ擴張シ、Douglas 氏腔ノ右側ニ壓痛ヲ訴ヘル。右足ハ股關節ニテ屈曲位ヲ取り、且ツ延バスコトハ出來ヌ。

手術所見 右側副直腹筋切開ヲ以ツテ腹腔ヲ開クニ腹水モ膽汁モ見ズ。腹壁腹膜ハ光澤ナク輕度ニ充血シテ居タ。大網膜ハ充血シ其表面ハ膠質様デ、先端ハ廻盲部ニ癒着シ盲腸全部ヲ被フ。盲腸ハ輕度ニ擴張シテ居ルガ、小腸ノ寧ろ萎縮シテ居ル。又盲腸ハ後腹壁及ビ側方腹壁ニ向ツテ癒着性ニ固定サレテ、ソノ後方ニ硬結ガアル。則チ盲腸後方虫様突起炎デ硬結ヲ形成シタモノト考ヘ、コノ部ヲ曠置スル爲ニ廻腸橫行結腸吻合術ヲ行フ目的ニテ、正中切開ヲ加ヘタルニ、胃ハ強ク擴張シ、胃大彎ハ臍下約 15cm 位迄下垂シ、十二指腸モ膨大シ、ソノ直徑ハ約 5cm ヲ算シタ。大網膜ハ小腸ヲ完全ニ被ツテ居ルガ、體側腹膜トハ癒着セズ。結腸肝彎曲部ヲ越ヘテ、糞臭アル膿液ガ流出シテ來ルノヲ認メタ故ニ直チニ大網膜ヲ腹壁腹膜及ビ胃壁ニ縫合シ、大網膜「バリカード」(Barrikade)ヲ作り、該部ニ正中切開部ヨリ卷煙草様排膿管ヲ挿入シタ。此操作中ニ盲腸側方カラモ同様ノ膿ガ出テ來タノデ廻盲腸部創ニモ導膿管ヲ挿入シテ手術ヲ終ル。

術後2時間半ニシテ死亡。

腹部剖檢 虫様突起ハ大網膜ニ包マレテ盲腸ノ右側稍々後方ヲ上方ヘ延ビ其先端ニ穿孔部、根部ニ糞石1個ガアツタ。此ノ穿孔部ヨリ發シタ帶糞臭膿瘍ハ比較的鬆粗ナ結締織及ビ大網膜ニテ包マレナガラ上行結腸ニ沿ヒ上方ヘ延ビテ、肝下面十二指腸周圍ニ達ス。此ノ膿瘍ガ結腸肝彎曲部ノ部ニ於イテ鬆粗結締織性膿瘍壁ヲ破リテ結腸ヲ越ヘ大網膜ノ上ニ表ハレテ來タノデアル。Winslow 氏孔ヨリ大網膜囊ニ達スルニ此中ニハ膿ハナイ。胃及ビ十二指腸ハ極度ニ膨大シ胃ノ大彎ハ臍下約 15cm ノ所ニアリ略々腹腔ノ左半ヲ占ム。十二指腸ハ直徑 5cm 以上ニシテ Treitz 氏帶ノ直上ガ球狀ニ大人手拳大ニ膨大シテ居タ。全小腸ハ下腸部ニ壓排セラレテ萎縮シテ居ル。腎臟、脾臟、肝臟ニハ認ムベキ變化ハナイ。

虫様突起炎性膿瘍トシテハ比較的ニ局限サレタモノデアルガ、全身狀態ヲ重篤ナラシメタノハ全ク十二指腸周圍ハ膿瘍ガ波及シタメデアル。即チ十二指腸麻痺ヲ起シ、從ツテ胃モ擴大シタソノ結果 Treitz 氏帶ノ部ニテ空腸起始部ガ絞絶サレタ狀態トナリ、所謂 **Arteriomesenterialer Verschluss** 狀態トナリ、更ニ十二指腸ノ擴張ヲ高度ニシタ。ソコデ錯誤循環ガ起リ高度ノ胃及ビ十二指腸擴張ヲ起シタモノデアル。

### 急性蟲様突起炎患者ノ廻盲部漿液膜面ヨリ培養上證明サレタル大腸菌

市 川 博 信

腸管ノ一部ニ炎症或ハ血行障礙ノアル様ナ患者ノ尿中ニ非常ニ屢々大腸菌ヲ證明シ得ルコトハ既ニ度々報告サレテ居ル。斯ル場合ニ自動力ヲ有スル大腸菌ガ腸管壁ヲ貫通シテ腹腔内ニ出現シ得ベキコトハ想像ニ難クナイ。吾々ハ最近既ニ術前ニ於テ膀胱尿中ニ大量ノ大腸菌ヲ證明シ居タル急性蟲様突起炎患者ノ手術ニ際シ虫様突起切除ノ前後ニ於テ稍々系統的ニ廻盲部漿液膜面ヨリ培養上豫期ニ一致セル結果ヲ得タルヲ以テ此處ニ報告ス。

患者 21歳 男子

主訴 廻盲部ノ持續性穿通様疼痛。

現病歴 一昨夜ヨリ突然上腹部ニ持續性ノ疼痛ヲ來タシタガ昨日ヨリ該疼痛ハ廻盲部ニ局限スルニ至ツタ。發病來發熱感アルモ惡心嘔吐ナシ。

腹部所見 定型の急性虫様突起炎ノソレニ一致ス。

血液像 白血球總數 14900, 中性白血球 86%。

尿所見 淡褐色透明弱酸性, 比重1032, 蛋白陽, (顯微鏡下ニ)血球ヲ證明セズ, 上皮細胞小數ニシテ, 大腸菌ヲ夥シク證明ス。

手術時所見及ビ經過 腹水ヲ證明セズ。腹壁腹膜ハ色澤ニ異狀ナシ。手術視野ニ現ハレタル小腸盲腸及ビ上行結腸ハ膨大又ハ萎縮セズ, 漿液膜面ノ色澤ニ異常ヲ認メズ。盲腸端部ニ淡黃色ノ苔被ヲ有スル拇指大ノ暗赤色ヲ呈セル物アリ, 弾力性硬ニシテ盲腸端腹側部及ビ後腹壁腹膜ト可成固ク癒着ス。此ノ狀態ノ儘ニテ附近漿膜面ヨリ第Ⅰ培養基ニ培養ス。此ノ淡黃色苔被ヲ有スル暗赤色物ノ周圍ニ保護綿紗ヲ挿入シ此ノ周圍ノ癒着ヲ注意シテ剝離シ行クニ後腹壁腹膜ニ癒着セル部分ニテ急ニ彎曲シテ小トナリ盲腸終端ニ附着シ居リテ此者ハ炎症性ニ腫大セル虫様突起ニ外ナラザルヲ知ル。以上ノ癒着剝離中何處ニモ膿瘍形成ヲ認メズ單ナル纖維索性乃至纖維性癒着ニ過ギナカツタ。此處ニテ第Ⅱ培養基ニ培養ス。小腸間膜ハ萎縮シ, 且ツ盲腸終端部ト癒着セルヲ注意シテ剝離シ, 切斷シ虫様突起ヲ切除シ, 其ノ斷端ハ巾着縫合ニテ埋没シ, 更ニ漿膜縫合ヲ其ノ上ニ加ヘ, 上リパノール綿紗ニテ其ノ附近ヲヨク拭ヒタル後第Ⅲ培養基ニ培養セリ。最後ニ盲腸端部ヲ大網膜ニテ包ミ腹壁ヲ閉鎖シテ手術ヲ終ル。

培養基所見(24時間後) 第Ⅰ培養基(操作ヲ全ク加ヘザル廻盲部漿液膜面ヨリノ培養)

寒天斜面—聚落ヲ認メズ, 大腸菌(—)。

Bouillon—白濁, 大腸菌(+).

第Ⅱ培養基(虫様突起附近ノ單純性癒着ヲ剝離後培養)

寒天斜面—多數ノ聚落ヲ認ム, 大腸菌(+).

Bouillon—濃白濁, 大腸菌(+).

第Ⅲ培養基(虫様突起切除後盲腸終端部附近ヨリノ培養)

Bouillon—白濁, 大腸菌(+), 連鎖狀球菌其他(+).

尚摘出セシ虫様突起内容ハ黑褐色所々灰白膿狀物ヲ混ゼル汚穢粘稠性ニシテ其中ニ大量ノ大腸菌, 連鎖狀球菌及ビ其他ノ球菌ヲ證明セリ。

以上ノ如ク既ニ虫様突起炎アレバ其ノ附近ノ腹腔ハ大腸菌ニテ絶エズ汚染サレテ居リ, 又何ニ注意シテモ虫様突起切除術直後ノ廻盲部腹腔ハ大腸菌ハ勿論其他ノ虫様突起内細菌ガ散布サレ汚染サレテ居ル事實ヨリ見テモ胃腸管ニ加ヘラレル種々ノ手術操作例ヘバ吻合術等ノ後ニ其附近腹腔ガ如何ニ胃腸管内細菌ニテ汚染サレテ居ルカハ容易ニ想像スルコトガ出來ル。然ルニモ拘ラズ化膿ノ起ラザル所以ハ大腸菌ハ腹膜面ヨリ急速ニ吸收サレテ血中ニ移行シ大部分ハ死滅シ, 幸ジテ死滅ヲマスカレタル一部分ガ尿中ニ排泄サレルガ爲デアルト考ヘネバナラス, 即チ病竈ニ於ケル淋巴環流ガ障礙ヲ受ケズ細菌ハ時々刻々腹膜面ヨリ吸收セラレ, 血中ニ持チハコバレ死滅スル中ハ化膿ガオコリ得ナイト理解セザルヲ得ナイ。故ニ手術部ニ排液綿紗或ハ排液管等異物ヲ挿入スル時ハ此處ニ初メテ淋巴環流ガ停滯ヲ來タシ, 從テ大腸菌ノ周圍ニ白血球ガ集中シ從テ化膿ヲ來ス機會ヲ與フルモノト考ヘラル。以上ノ事實ニ鑑ミ腹壁縫合ノ際ハ手

術者ノ手ヲ更ニ十分ニ清潔ニスベク又後療法トシテハ手術局所乃至全身ノ血行ヲ旺盛ナラシムルコトニ向ツテ注意ヲ拂フベキモノト考ヘラレル。

## 手術方法ノ研究

内痔核根治手術ニ向ツテノ新シキ術式ニ就テ

鬼 東 惇 哉

内痔核ノ根治手術トシテハ一般ニ Langenbeck 氏焼灼法が行ハレテ居ル。此ノ焼灼法ハ、術中及ビ術後ノ出血ト強キ傳染トヲ防ガウトシテ考ヘラレタモノデアツテ、實際ニ當ツテハ、Langenbeck 氏翼狀壓窄鉗子ヲ取り去ル際ニ時ニ稍々大ナル血管カラ出血スル事ガアルカラ之ヲ結紮スル他ニ、更ニ又後出血ヲ防グ爲メニ焼灼痂皮ニ沿ウテ連續縫合ヲ施スノガ一般デアル。所ガ此ノ焼灼法ヲ行フト治療日數ガ甚ダ永ク全治迄ニハ3—6週間ヲ要スルノガ普通デアル。何故斯ク長クカカルカトイフニ、最大ノ原因ハ焼灼スルトイフ事自體ニ在ル。第3度ノ火傷ヲ起サセ乍ラ、第1期癒合或ハソレニ近クサセヤウト努力シタ所デ、之ハ甚ダシイ矛盾デ、出來ヌノハ自明ノ理デアル。

改良法ノ第2ニ考ヘラレルノハ、焼灼ヲ全廢シ、鉗子ヲ掛ケタ儘デ痔結節ヲ鋭性ニ切除シ其ノ創縁ニ連續縫合ヲ施ストイフ方法デアル。然シ乍ラ此ノ方法ニ依ツテモ尙焼灼法ト大差ナキ長イ治療日數ヲ要シテ居ルノデアル。其ノ最大ノ原因ハ鉗子デ大キナ挫傷ヲ作ツタトイフ事ニ在ル。

ソコデ改良法ノ第3ニ考ヘラレル事ハ、焼灼ヲモヤラズ、大キナ挫傷ヲモ作ラナイデ、痔核ヲ取り去ル事ハ出來ヌカ、トイフ事ニ歸着スル。此ノ實際方法ハ有莖痔核ニ賞用サレテキル痔核結紮法デアル。本法ハ有莖性ノ場合ニハ誠ニ都合ガヨイガ、平坦デ基底部分ノ廣イ一般ノ内痔核ニ應用スルト、粘膜ガ四方カラ引寄せラレテ縫合絲ノ脫落後ニ丸イ大キナ傷ガ出來ル。前述ノ焼灼法ニ於テ痔核鉗子ヲ粘膜ノ長襞ニ沿ウテ撮ムトイフヤウナ注意ヲシテ居テモ焼灼個所ガ數個トナルト時ニハ後來狹窄ヲ起スノデアルカラ、斯ル考慮ノ講ジ得ナイ結紮法ハ一般ニハ用ヒ得ヌ譯デアル。出來タ瘢痕ガ是非共粘膜ノ長襞ニ併行スルヤウニサセネバナラナイ。

改良法ノ第4トシテ、以上ノ3ツノ缺點ヲ避ケタ方法トシテ Kirschner ノ賞用スル痔核摘出法ヲ舉ゲ得ルノデアル。之ハ痔核ノ周圍デ粘膜ニソノ長襞ト併行ニ切開ヲ行ヒ痔核ヲ露出シ摘出シタ後、再ビ縫合スルトイフノデアル。此ノ方法ハ術式自身ハ第1期癒合ノ條件ヲ備ヘテ居ルノデ豫期通り行ケバ最も理想的デアルデアロウガ、術中ニ出血ヲ見ルトイフ缺點ノ他ニ、化膿菌ガ粘膜下ニ混入サレ易イタメニ豫期通り必ズシモ實現サレ難イデアラウ。

即、今内痔核ノ根治手術ノ治療日數ヲ短縮スルコトニ就テ5個ノ必要具備條件ヲ舉ゲタ。第1